

Il dolore nelle prime mestruazioni

Archivio Focus on

Secondo uno studio recente, l'età media di comparsa del **menarca (la prima mestruazione)** tra le ragazzine italiane corrisponde a 12,4 anni; è dunque a questa età che la bambina diventa, sotto il profilo riproduttivo, donna, sempre più precocemente rispetto alle generazioni precedenti. Inizialmente, tuttavia, la regolazione ormonale del **ciclo mestruale** è per lo più immatura; di conseguenza, all'incirca la metà dei cicli è anovulatoria e irregolare durante i primi due anni dopo il menarca e di questi il 10-20% può mantenersi tale per periodi più lunghi (anche 5 anni). Sebbene durante questo intervallo la **dismenorrea** sia relativamente meno frequente, per diventare un problema molto comune con l'instaurarsi di cicli mestruali ovulatori, alcune ragazzine possono lamentare **dolore anche intenso fin dalla prima mestruazione**, in assenza di patologie primarie di natura ginecologica e non. Si stima, infatti, che intorno ai 12 anni la prevalenza della **dismenorrea** sia del 40% circa, per salire fino al 70% a 17 anni; il **dolore** è descritto come lieve-moderato da quasi la metà delle ragazze, mentre in un caso su sei è di intensità tale da condizionare e limitare fortemente colei che ne soffre per 1-3 giorni. Il sintomo più comunemente lamentato è rappresentato dai **crampi al basso addome**; cefalea, mal di schiena, appetito scarso o nullo, nausea, vomito, diarrea, nervosismo sono anch'essi molto frequenti e causa di assenza da scuola. In genere, questi sintomi compaiono quando cominciano le mestruazioni o qualche ora/giorno prima o dopo e durano per 24-48 ore, per poi scomparire. La giovane età e la nulliparità sono associate a **dismenorrea**, così come un flusso più abbondante; il fumo (vasocostrizione da nicotina), la tendenza a perdere peso, uno stato di depressione o ansia sono fattori di rischio importanti, ma che nelle ragazzine molto giovani ricoprono un ruolo poco determinante.

La **dismenorrea** è nella quasi totalità dei casi primaria o funzionale, vale a dire non associata ad **alterazioni ormonali e/o a patologie pelviche**, e vede una chiara eziologia fisiologica: dopo l'ovulazione si verifica un aumento di acidi grassi tra i fosfolipidi delle membrane cellulari, soprattutto di omega-6; una volta instauratasi la caduta dei livelli di progesterone che precede le mestruazioni, gli omega-6, e in particolare l'acido arachidonico, vengono rilasciati e a livello uterino inizia la cascata di prostaglandine (PG) e leucotrieni (LT) - mediatori della risposta infiammatoria - che porta alla comparsa sia dei **crampi addominali** sia dei sintomi sistemici (come nausea, vomito e cefalea) per azione diretta delle PG non solo sulle pareti uterine, ma anche su ovaie, intestino, vasi e stomaco. In particolare, la PGF2alfa è responsabile di un potente effetto di costrizione vascolare e delle contrazioni del miometrio, con ischemia uterina e dolore. Diversi studi hanno evidenziato che nelle pazienti che lamentano **dismenorrea** i livelli di PGF2alfa durante le mestruazioni sono 2-4 volte più elevati rispetto alle pazienti eumenorroiche. L'intensità dei **crampi** e dei **sintomi** è direttamente proporzionale alla quantità di PGF2alfa rilasciate, quindi tanto maggiore, tanto più marcata sarà la sintomatologia. Meno chiaro è al contrario il ruolo ricoperto dai LT nella patogenesi della **dismenorrea primaria**; studi preliminari hanno evidenziato un aumento dei livelli di LTE₄ nelle ragazzine con dismenorrea, a indicare un possibile coinvolgimento di questi potenti vasocostrittori e mediatori dell'infiammazione nella genesi del quadro clinico. Altri meccanismi coinvolti nella contrattilità e nel rilassamento uterino potrebbero rientrare nella patogenesi della dismenorrea, come un aumento dei livelli di vasopressina circolante, che induce la contrazione dell'utero, e bassi livelli di ossido nitrico, che inducono le contrazioni del miometrio e dei vasi uterini, ma i dati sono al momento controversi e restano pertanto da approfondire. Più di rado, i **dolori associati alle mestruazioni** sono la conseguenza di **patologie e anomalie pelviche**, che non colpiscono più del 10% delle pazienti; di esse, la più comune è l'**endometriosi**.

Con un'anamnesi accurata e un esame obiettivo approfondito è possibile orientare il sospetto diagnostico verso una **forma primaria o secondaria di dismenorrea**, per attuare gli interventi terapeutici più appropriati. Nel caso della **dismenorrea primaria** nelle ragazze più giovani gli **interventi terapeutici** sono incentrati principalmente su una terapia medica sintomatica e su piccoli accorgimenti da adottare nella vita di tutti i giorni. Per ridurre il **dolore e i sintomi associati alla dismenorrea** e permettere alla ragazzina di vivere con normalità il ciclo mensile, può rendersi opportuno adottare un approccio farmacologico, basato sulla somministrazione di molecole analgesiche, rappresentate da **paracetamolo** o **FANS. Paracetamolo**, dotato di

un buon profilo di efficacia e di sicurezza, rappresenta una molecola particolarmente appropriata per la **gestione del dolore** di intensità lieve-moderata nelle giovani pazienti; i **FANS** (ibuprofene, naprossene sodico), determinando una riduzione della produzione di PG per inibizione dell'azione di entrambe le isoforme della ciclossigenasi, sono in grado di ridurre le contrazioni uterine e gli effetti complessivi delle PG e di alleviare **il dolore e i sintomi** associati. È possibile assumere i **FANS** non appena compaiono i sintomi, per inibire rapidamente e sin dall'inizio la produzione di PG e il loro effetto sulle pareti uterine e sugli altri organi; se le **mestruazioni** sono regolari e l'insorgenza temporale del dolore è sempre la stessa ed è pertanto prevedibile, può essere anche valutata la possibilità di assumere i farmaci prima che i sintomi si manifestino. Complementare alla terapia con i farmaci è l'approccio non farmacologico: l'attività fisica può ridurre la sintomatologia sia aumentando il flusso ematico a livello pelvico sia stimolando il rilascio di beta-endorfine, che agiscono come analgesici non specifici; anche una dieta poco proteica e a basso apporto di grassi è associata a una riduzione della durata e dell'intensità dei **sintomi di dismenorrea**. Inoltre, l'aumento dell'assunzione di acidi grassi omega-3 (che portano alla produzione di PG e di LT meno potenti) sembrerebbe in grado di ridurre la gravità dei sintomi.

Bibliografia

- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Ann NY Acad Sci* 2008;1135:185-95.
- Rigon F, Bianchin L, Bernasconi S, et al. Update on age at menarche in Italy: toward the leveling off of the secular trend. *J Adolesc Health* 2010;46(3):238-44.
- Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(1):75-92.